

**DEMANDE DE RÉVISION DU REJET D'UNE
DEMANDE DE DOCUMENTATION**

NOM DE FAMILLE DU/DE LA PATIENT(E) PRÉNOM INITIALE DU 2e PRÉNOM	
NUMÉRO DU DOSSIER	
ÉTABLISSEMENT	UNITÉ

INSTRUCTIONS : DONNER UN EXEMPLAIRE DE CE FORMULAIRE AU/À LA PATIENT(E) ! Préparer un (1) exemplaire pour le dossier du/de la patient(e).

MOTIF DE LA DEMANDE DE RÉVISION

TYPE DE LA DEMANDE D'ORIGINE <input type="checkbox"/> DEMANDE DE MODIFICATION DU DOSSIER <input type="checkbox"/> DEMANDE D'INSPECTION/DE COPIE DU DOSSIER <input type="checkbox"/> DEMANDE DE RESTRICTION DE L'UTILISATION DES INFORMATIONS CONFIDENTIELLES :
RAISON DE LA RÉVISION DU REJET

Je, soussigné(e), demande par la présente que le rejet de ma demande (décrite ci-dessus) soit revu. Je comprends que l'établissement peut refuser ma demande avec raison.

(Signature du/de la patient[e])

(Signature du parent/tuteur, le cas échéant)

(Nom du/de la patient[e] en caractères d'imprimerie)

(Nom du parent/tuteur en caractères d'imprimerie)

(Date)

(Date)

Mesure de l'établissement :

___ Demande approuvée.

___ Demande refusée. Motif du refus

___ Le contenu à modifier n'a pas été créé par le programme.

___ Le contenu est une note de psychothérapie ou des informations compilées en prévision d'une action ou d'une procédure civile, pénale ou administrative ou pour être utilisées dans ce cadre.

___ Le programme décrète que le dossier est exact et complet.

___ Autre motif. Décrire _____

Directeur(-trice)/directeur(-trice) adjoint(e) Date